

ИЗВЕЩЕНИЕ

ОКРУГ

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

(ADDRESSEE)

Дата извещения : _____
Название дела : _____
Номер Работник : _____
Имя : _____
Номер Телефон : _____
Адрес : _____

Вопросы? Обратитесь к работнику.

Служение дела администрацией штата: Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Ваше пособие не изменится, если вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено.

_____, по информации, имеющейся у нас, вы не:

- Подписали план WTW* _____ числа.
- Участвовали в _____ числа.
- Достигли хорошего прогресса в _____ задании т.к. _____.
- Согласились на работу в _____.
- Сохранили работу в _____.
- Сохранили прежнюю сумму доходов.

НАМ НЕОБХОДИМО ПОГОВОРИТЬ С ВАМИ

Чтобы избежать сокращения денежной помощи, мы должны поговорить с вами. Встреча с вами назначена на _____ число, в _____ часов, в _____. Если вам нужна помощь с транспортом или присмотром за детьми, чтобы прийти на встречу, позвоните работнику программы WTW, ведущему ваше дело по номеру телефона, указанному ниже.

Имя работника программы WTW: _____

Номер телефона: _____

Если вы не можете прийти на встречу, вы должны позвонить работнику, чтобы назначить другое время. Если у вас нет уважительной причины, вы можете перенести встречу только один раз. Также, вы можете обсудить проблему с работником по телефону, вместо того, чтобы идти на встречу. Вы должны позвонить работнику, чтобы назначить новую встречу или для обсуждения проблемы по телефону до _____.

Во время собеседования у вас спросят, есть ли у вас уважительная причина ("достаточная причина") не выполнять то, что мы просили вас делать. Если мы удостоверимся, что у вас была уважительная причина, денежная помощь не уменьшится из-за этой проблемы. Некоторые примеры уважительных причин: не иметь присмотра за детьми, не иметь транспортного средства. Другие примеры уважительных причин перечислены в форме "Запрос для определения уважительной причины", высланной вместе с этим извещением.

Также, денежная помощь не уменьшится, если вы сможете доказать нам, что во время выполнения задания WTW на вас не распространялось действие этих правил.

При невыполнении задания без уважительной на то причины, вы можете согласиться на выполнение плана обязательств, чтобы исполнить требования программы WTW. Сумма денежной помощи не уменьшится, если вы согласитесь на выполнение плана обязательств и будете выполнять его. Если вы согласитесь на выполнение плана обязательств и не будете ему следовать, сумма денежной помощи уменьшится. Если это произойдет, вы получите отдельное извещение.

Правила: Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в отделе социального обеспечения: CalWORKs MPP § 42-712 (exemptions); 42-713 (good cause); 42-721 (noncompliance and good cause); Food Stamps MPP § 63.407.521.

КАК ИЗБЕЖАТЬ УМЕНЬШЕНИЯ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ

Если вы не сможете доказать нам, что у вас была уважительная причина для невыполнения того, что мы просили вас делать, с _____ числа денежная помощь вашей семьи будет уменьшена с \$ _____ до \$ _____. Если у вас нет уважительной причины, вы можете согласиться на план обязательств, чтобы избежать уменьшения денежной помощи. Если вы не согласны с планом обязательств, вы не получите отдельное извещение перед тем, как сумма вашей денежной помощи уменьшится.

Для дополнительной информации о том, как мы рассчитали, сколько получит ваша семья, при уменьшении денежной помощи, см. следующую страницу.

Мы не будем оплачивать транспортные расходы или расходы, связанные с работой или обучением, если вы перестанете получать денежную помощь. Возможно, мы будем платить за присмотр за детьми, если вы работаете или посещаете школу.

КАК ВОССТАНОВИТЬ ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ

Если сумма вашей денежной помощи была уменьшена, вы можете восстановить прежний размер денежной помощи, если вы имеете на это право, следующим образом:

- Обратившись в округ и сообщив о желании восстановить получение денежной помощи в прежнем размере; затем выполнять то, что округ скажет вам делать.
- Обратившись в округ не раньше, чем за 45 дней до _____ числа, и сообщить о своем желании восстановить денежную помощь; затем выполнять то, что округ скажет вам делать. Даже выполнив то, что от вас требовалось, денежная помощь не будет восстановлена ранее, чем _____.

ЧТОБЫ РЕШИТЬ ВОПРОС О ВОССТАНОВЛЕНИИ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ, ОБРАЩАЙТЕСЬ В ОКРУГ ПО ТЕЛЕФОНУ: _____

ВАМ НУЖНА БЕСПЛАТНАЯ ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ? Вы можете получить бесплатную помощь по этому вопросу:

Районная юридическая консультация: ()

Отдел защиты прав просителей/получателей социальной помощи:
()

Талоны на питание: Если из-за невыполнения требований программы WTW последовало взыскание программы талонов на питание, вы не сможете получать талоны на питание, как минимум, в течение 1, 3, или 6 месяцев. Если последовало взыскание программы талонов на питание, вы получите другое извещение, сообщающее вам, на какой срок были остановлены талоны на питание.

Medi-Cal: Это извещение НЕ изменяет и НЕ останавливает пособия Medi-Cal (Программа медицинской помощи штата Калифорния). Храните вашу пластиковую карточку, удостоверяющую пособие.

ИЗВЕЩЕНИЕ (Продолжение)

ОКРУГ

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Если вы не выполняли то, что мы просили вас делать без уважительной причины или не согласны выполнять план обязательств, денежная помощь изменится, начиная с _____, следующим образом:

Дата извещения _____
Адрес _____
Название _____
Номер _____

Сумма месячной денежной помощи

Раздел А. Учитываемый доход, месяц _____

Общий доход от предприятия \$ _____

Расходы предприятия:

a. Стандартные 40% - _____

ИЛИ

b. Реальные - _____

Чистый доход от работы на себя = _____

Суммарный незаработанный доход по нетрудоспособности

Группы, получающей помощь + лиц,

не относящиеся к этой группе \$ _____

Скидка \$225 - _____

Учитываемый доход по нетрудоспособности = _____

ИЛИ

Неиспользованная сумма от скидки в \$225 = _____

Итого заработанный доход \$ _____

Чистый доход от работы на себя (сверху) + _____

Промежуточный итог = _____

Неиспользованная сумма от скидки в \$225 (сверху) - _____

Промежуточный итог = _____

Скидка с заработанного дохода 50% - _____

Промежуточный итог = _____

Учитываемый доход по нетрудоспособности

(сверху) + _____

Остальной учитываемый доход

(Группы, получающей помощь + лиц,

не относящиеся к этой группе) + _____

Чистый исчисляемый доход = _____

Раздел В. Ваша денежная помощь, месяц _____

1. Максимальная помощь на _____ лиц
(Группа, получающая помощь + лица,
не относящиеся к этой группе) \$ _____

2. Особые потребности (Только группа,
получающая помощь) + _____

3. Чистый учитываемый доход из раздела А - _____

4. Промежуточный итог = _____

5. Максимальная помощь на _____ лиц (Только группа,
получающая помощь)
(За исключением оштрафованных лиц) \$ _____

6. Особые потребности (Только группа,
получающая помощь) + _____

7. Промежуточный итог максимальной помощи = _____

8. **Промежуточный итог помощи на полный месяц**
(Наименьшая сумма с линии 4 или 7) = _____

9. Линия 8 пропорционально части месяца = _____

10. Поправка: 25% Санкции на алименты на ребенка - _____

Переплата - _____

Другие санкции - _____

Вознаграждение + _____

11. **Месячная сумма денежной помощи**

(Линия 8 или 9 с поправкой) = _____

ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с действием принятым округом, вы имеете право попросить о слушании вашего дела администрацией штата. У вас есть только 90 дней, чтобы попросить о слушании. 90 дней начались на следующий день после вручения или отправки вам этого извещения.

Если вы попросите о слушании до того как действие по программам Cash Aid (денежной помощи), Medi-Cal (Медицинской помощи), Food Stamps (Талонов на питание) или Child Care (Присмотр за детьми) вступит в действие:

- Ваша денежная помощь или медицинская помощь останется без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши услуги по присмотру за детьми могут остаться без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши талоны на питание останутся без изменения до слушания или окончания периода, на который одобряется помощь, смотря что наступит ранее.

Если слушание решит, что мы правы, вы будете должны нам любые переплаченные суммы по услугам программ Cash Aid, Food Stamps или Child Care. Для разрешения нам уменьшить или остановить ваши льготы до слушания, отметьте ниже: Да, уменьшите или остановите:

Cash Aid Food Stamps Child Care

Пока вы ожидаете решения слушания по программам:

Welfare to Work:

Вы не должны принимать участие в деятельности.

Вы можете получать платежи по программе присмотра за детьми во время работы и для деятельности утвержденной округом до этого извещения.

Если мы сказали, что платежи на другие вспомогательные услуги остановятся, вы не получите платежи даже, если вы станете участвовать в деятельности.

Если мы сказали, что вы получите платежи на другие вспомогательные услуги, то они будут выплачены в сумме и виде, указанном в извещении.

- Для получения этих вспомогательных услуг, вы обязаны участвовать в деятельности, указанной округом.
- Если сумма вспомогательных услуг, выплачиваемых округом, пока вы ожидаете решения недостаточна, чтобы позволить вам участвовать, вы можете прекратить посещать деятельность.

Cal-Learn:

- Вы не можете участвовать в программе Cal-Learn, если мы сказали, что не можем обслуживать вас.
- Мы будем оплачивать вспомогательные услуги программы Cal-Learn, только при посещении утвержденной округом деятельности.

ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Лица, получающие услуги от плана, который находится под руководством Medi-Cal: Действие этого извещения может остановить получаемые вами услуги от плана здравоохранения. Если у вас есть вопросы, вы можете обратиться в организацию, предоставляющую услуги по здравоохранению.

Медицинская поддержка и/или алименты на детей: Местное агентство по помощи детям бесплатно поможет вам взыскать алименты даже если вы не получаете денежную помощь. Если они взыскивают алименты для вас в настоящее время, они будут продолжать это делать, пока вы не попросите их, в письменном виде, прекратить взыскания. Они будут высылать вам взысканные алименты, но будут удерживать суммы, срок уплаты которых истек и которые представляют долг округа.

Планирование семьи: Отдел социального обеспечения даст вам информацию по вашей просьбе.

Дело для слушания: Если вы попросите о слушании, отдел слушаний штата заведет на вас дело. Вы имеете право видеть это дело до слушания и получить копию позиции округа по поводу вашего дела как минимум за два дня до слушания. Штат может дать ваше дело о слушании Департаменту Социального Обеспечения и департаментам Здравоохранения и Гуманитарной Помощи и Социальных Услуг Соединенных Штатов. (**W&I Code Sections 10850 и 10950.**)

ЧТОБЫ ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ:

- Заполните эту страницу.
- Сделайте копии с обеих сторон этого листа для своего архива.
По вашей просьбе, ваш работник сделает вам копии с этого листа.
- Отправьте или отнесите этот лист по адресу:

ИЛИ

- Позвоните по бесплатному номеру: 1-800-952-5253 или для лиц с нарушенным слухом или речью и пользующихся TDD, звоните бесплатно 1-800-952-8349.

Для получения помощи: Вы можете узнать о ваших правах о слушании или для направления на бесплатную юридическую помощь по бесплатному номеру телефона штата, указанному выше. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделе юридической помощи или в отделе защиты прав лиц, получающих социальную помощь.

Если вы не хотите идти на слушание сами, вы можете привести с собой друга или любое другое лицо.

ПРОСЬБА О СЛУШАНИИ

Я прошу слушание по поводу действия Департамента Социального Обеспечения округа _____ в отношении:

- денежной помощи талонов на питание
 Medi-Cal
 другого (перечислите) _____

Причина: _____

Если вам нужно больше места, отметьте этот квадрат и добавьте еще лист.

Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика. (Родственник или друг не может переводить вам на слушании)

Мой язык или диалект: _____

имя лица, которому было отказано в льготах или льготы были остановлены или изменены

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

ПОДПИСЬ _____ ДАТА _____

Имя лица, заполнившего эту анкету _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому человеку видеть мое дело или прийти на слушание от моего имени. (Это лицо может быть вашим другом или родственником но не может переводить для вас.)

Имя _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____